

様式1

千葉県先天性血液凝固因子障害等治療研究費申請書

保健所受付年月日

○をつける		
新規	更新	転入

受給者番号 (更新の場合に記入)						

患者氏名	カナ氏名												
	漢字氏名												

住基確認	
1. 確認日	
2. 確認者 押印	

生 年 月 日			
元号	年	月	日

電 話 番 号						

患 者 住 所	郵便番号				市町村名				性別		
					千葉県	市区町村			○をつける		
										男	女
	字・番地	漢字									
	方書 (アパート、○○方)	漢字									

加入保険	保 険 種 別 (いずれかに○をつける)								被保険者との続柄	
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2
	協会健保	組合	共済	国保(一般)	国保(退職)	後期高齢	国保組合	その他	本人	本人以外

病院名(薬局含む)	住 所	電 話 番 号

有効期間	年 月 日 から 年 月 日
------	----------------

- 注 1. 申請者本人の署名がある場合は、押印を省略できます。
 2. 内は記入しないでください。(保健所で記入します。)

先天性血液凝固因子障害等受給者証の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

年 月 日
 千葉県知事 様 申請者 住 所
 氏 名

患者との続柄 (印)